

PRINCIPALES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE

Pr Laurent Mandelbrot, Dr Mikaël Tassin, Dr Romain Jacobs, Dr Grégoire Moreaux

Université Paris-7-Diderot, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Louis-Mourier, AP-HP, 92700 Colombes, France
laurent.mandelbrot@lmr.aphp.fr

OBJECTIFS

DIAGNOSTIQUER et **CONNAÎTRE** les principes de prévention et de prise en charge des principales complications de la grossesse :

- hémorragie génitale ;
- HTA gravidique ;
- prééclampsie ;
- menace d'accouchement prématuré ;
- diabète gestationnel.

ARGUMENTER les procédures diagnostiques et thérapeutiques devant une fièvre durant la grossesse.

Hémorragie génitale

L'hémorragie génitale est un symptôme fréquent, de cause et de gravité variables. On sépare les hémorragies du premier trimestre de celles des deuxième et troisième trimestres, car les causes et la prise en charge sont différentes.

Au 1^{er} trimestre, la cause à éliminer jusqu'à preuve du contraire est la grossesse extra-utérine.

Aux 2^e et 3^e trimestres, il faut évoquer deux grandes causes, l'hématome rétroplacentaire et le placenta prævia. Un réflexe doit rester présent tout au long de la grossesse devant une hémorragie génitale : la prévention de l'allo-immunisation anti-Rhésus.

Hémorragies génitales du premier trimestre

C'est l'un des motifs les plus fréquents de consultation en début de grossesse ; 20 à 25 % des grossesses vont présenter un saignement au premier trimestre, la plupart évoluant favorablement.

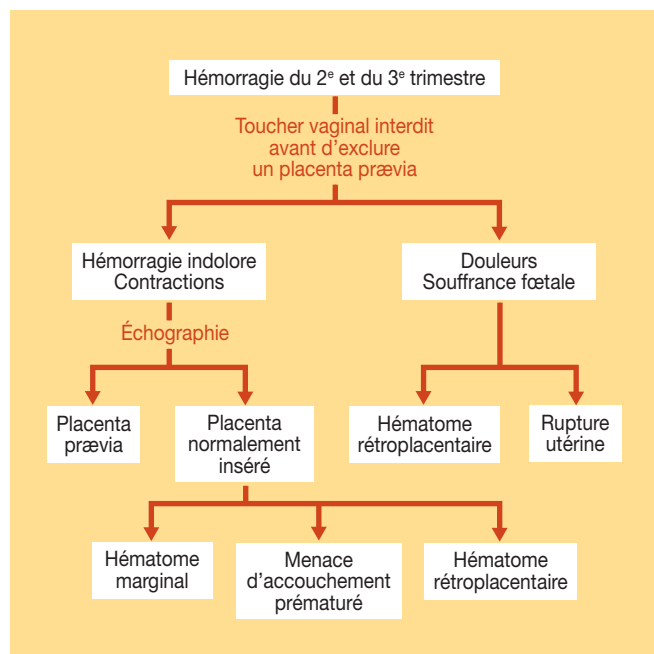


FIGURE 1 Approche diagnostique devant une hémorragie du 2^e-3^e trimestre de grossesse.

1. Démarche diagnostique

Il ne faut pas négliger une urgence vitale, en premier lieu une grossesse extra-utérine.

Interrogatoire : il faut :

- toujours évoquer une grossesse en cas de métrorragies chez une femme en âge de procréer, même en l'absence de retard de règles ;
- rechercher les facteurs de risque de grossesse extra-utérine (tabac, antécédents d'infection génitale haute ou de grossesse extra-utérine, dispositif intra-utérin...) ;
- préciser les circonstances de survenue, l'abondance des saignements (en la comparant aux règles habituelles), la durée, l'existence de signes associés (douleurs, vertiges, lipothymies...).

Examen clinique : on recherche d'abord des signes d'anémie ou d'hémorragie aiguë : pâleur cutanéomuqueuse, tachycardie, pouls filant, hypotension, voire collapsus.

La palpation abdominale recherche une douleur, des signes d'irritation péritonéale évoquant un hémopéritoine.

L'examen au spéculum confirme l'existence d'un saignement, fait la différence entre une hémorragie d'origine endo-utérine et cervico-vaginale et évalue l'abondance des métrorragies et leur aspect (noirâtres en cas de grossesse extra-utérine), voire la présence de débris trophoblastiques dans une fausse couche en cours.

Le toucher vaginal recherche une augmentation du volume utérin, une masse latéro-utérine, des signes d'irritation péritonéale (douleurs aux culs-de-sac vaginaux) évocateurs d'une grossesse extra-utérine ou l'ouverture du col utérin orientant vers une fausse couche en voie d'expulsion.

Examens complémentaires : l'ordre des examens varie en fonction de la présentation clinique.

Le dosage de l'hormone chorionique gonadotrope (β hCG) confirme l'existence d'une grossesse à partir de 8 à 10 jours après la fécondation. En cas de grossesse intra-utérine à l'échographie, le dosage n'a pas d'intérêt. En cas de doute diagnostique, il est confronté à l'échographie, et permet d'apprécier l'évolutivité de la grossesse par sa cinétique (taux doublant toutes les 48 heures en cas de grossesse évolutive).

L'échographie pelvienne par voie abdominale et vaginale recherche la localisation de la grossesse, un épanchement intra-abdominal et/ou une masse latéro-utérine. Un sac gestationnel intra-utérin doit être visible à partir de 4,5 semaines d'aménorrhée par voie vaginale, classiquement au-delà de 1 500 UI/mL de β HCG.

L'hémogramme n'est pas réalisé systématiquement. Il est fonction de la tolérance clinique, de l'existence d'un saignement actif ou de la suspicion d'un hémopéritoine. De la même façon, un bilan préopératoire est réalisé en fonction de la tolérance et de l'étiologie.

Le groupe sanguin A, B, O et Rhésus doit être systématique quelle que soit la cause pour prévenir l'allo-immunisation anti-Rhésus.

2. Étiologies

Causes endo-utérines : parmi celles-ci, il faut rechercher :

- la grossesse extra-utérine : le diagnostic est à évoquer en premier, car le pronostic maternel est en jeu. Le diagnostic est suspecté à l'interrogatoire (antécédent d'infection tubaire, tabac, dispositif intra-utérin), et à l'examen clinique et paraclinique (métrorragies sépia, lipothymie, douleur pelvienne latéralisée, ou réaction péritonéale, vacuité utérine à l'échographie avec β hCG supérieurs à 1 500 mol/L, et/ou masse latéro-utérine, épanchement) ;
- la menace de fausse couche : des métrorragies d'abondance modérée peuvent être associées à des douleurs ressemblant à des règles, le ventre est souple et le toucher vaginal non dou-

loueux. L'échographie retrouve un sac gestationnel en position intra-utérine. Un décollement trophoblastique de taille variable peut être retrouvé. Le pronostic est le plus souvent favorable ;

- l'avortement spontané (fausse couche spontanée) : on retrouve des douleurs importantes à type de douleur de règles (ou de contraction) associées à des métrorragies d'abondance importante. L'abdomen est souple. L'examen au spéculum retrouve des caillots avec éventuellement des débris ovulaires. Le col est ouvert au toucher vaginal. L'échographie retrouve soit un sac hypotonique en position intra-utérine ou en position isthmique ou cervicale, soit uniquement des images de rétention ;
- la lyse d'un deuxième sac gestationnel est développée sur une grossesse initialement gémellaire ;
- la grossesse molaire : c'est un diagnostic rare mais potentiellement grave par le risque de choriocarcinome. Le taux de β hCG est anormalement élevé et l'échographie retrouve une image en « flocon de neige » ou en « nid-d'abeilles ». Le diagnostic définitif est donné par l'examen anatomopathologique après aspiration ;
- l'avortement provoqué est devenu rare depuis la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse. Il faut y penser devant un avortement spontané fébrile. Il faut penser à la prévention du tétanos dans ce contexte ;
- une grossesse intra-utérine peut s'accompagner de métrorragies du premier trimestre, avec ou sans décollement trophoblastique, avec une évolution favorable.

Causes cervico-vaginales : à l'interrogatoire, on peut retrouver la notion de métrorragies provoquées (coït, toucher vaginal...). La cause la plus fréquente est l'ectropion simple ou surinfecté. On retrouve également des cervicites, des plaies vaginales. Attention à ne pas méconnaître un cancer du col utérin. Un frottis ou biopsie cervicale est réalisé au moindre doute.

3. Traitements

La prévention Rhésus (injection de gamma-globulines anti-D) doit être faite chez les patientes Rhésus négatif dans tous les cas d'hémorragies endo-utérines.

Grossesse extra-utérine : le traitement (médical ou chirurgical, urgent ou non) est fonction du tableau clinique ; il fait l'objet d'une question spécifique.

Fausse couche spontanée : les options sont : l'expectative (on attend une expulsion spontanée complète), le traitement médical par misoprostol s'il s'agit d'une grossesse de moins de 7 semaines d'aménorrhée ou l'aspiration. Seules les fausses couches hémorragiques nécessitent un traitement en urgence : réanimation maternelle, bilan préopératoire et évacuation utérine par aspiration endo-utérine le plus rapidement possible.

Menace de fausse couche spontanée : on préconise simplement de suivre l'évolutivité par une échographie à 7 jours.

Môle : Une aspiration endo-utérine est systématique pour le diagnostic histologique et le traitement. Un suivi rigoureux de la décroissance des β hCG jusqu'à 6 mois après la négativation

Hémorragie génitale

POINTS FORTS À RETENIR

❶ Quel que soit le terme, rechercher le Rhésus maternel et injecter des gamma-globulines anti-D en cas de rhésus négatif.

Hémorragies du 1^{er} trimestre

- ❷ Suspecter une grossesse extra-utérine jusqu'à preuve du contraire.
- ❸ La confrontation échographie/dosage des β HCG plasmatiques est souvent nécessaire dans le cas de grossesses jeunes.
- ❹ Les principales causes sont : menace d'avortement spontané, avortement spontané, grossesse extra-utérine et grossesse molaire.

Hémorragies du 2^e et du 3^e trimestre

- ❺ Évoquer les 2 complications sévères : placenta prævia et hématome rétroplacentaire.
- ❻ Adapter le traitement selon la tolérance materno-fœtale et l'âge gestationnel.

sera effectué, pour dépister les risques de récurrence et d'évolution vers un choriocarcinome. Un traitement par méthotrexate ou une polychimiothérapie sont indiqués selon l'histologie et l'évolution.

Hémorragie génitale au cours des deuxième et troisième trimestres

On distingue les hémorragies de cause ovulaire (ou obstétricale) des hémorragies non obstétricales (cervico-vaginales). La différence se fait aisément à l'examen clinique. Les deux principales étiologies à évoquer pour leur gravité potentielle sont l'hématome rétroplacentaire et le placenta prævia.

La prévention de l'allo-immunisation anti-Rhésus est systématiquement évoquée en cas de Rhésus négatif maternel.

1. Démarche diagnostique (fig. 1)

L'urgence est d'évaluer la tolérance maternelle et fœtale et de rechercher une cause nécessitant une extraction immédiate (hématome rétroplacentaire).

Interrogatoire : il recherche les antécédents personnels, médicaux et obstétricaux (notamment un antécédent de césarienne). Il précise le type de saignement, l'existence d'un facteur déclenchant, l'existence de signes associés (contractions utérines, douleurs, lipothymies...) et la vitalité fœtale (mouvements actifs perçus).

Examen physique : l'examen général recherche des signes d'anémie, d'hémorragie aiguë, de choc hémorragique et des signes d'HTA gravidique (HTA, œdèmes, céphalées, phosphènes, acouphènes...), une protéinurie à la bandelette urinaire.

L'examen gynécologique comprend la palpation abdominale à la recherche d'une hypertonie utérine et l'examen au spéculum pour déterminer l'origine du saignement, l'existence d'un écoulement de liquide associé.

On ne doit pas faire de toucher vaginal tant que le diagnostic de placenta bas inséré n'est pas écarté.

Examens complémentaires : l'échographie obstétricale permet d'orienter vers la cause (localisation du placenta) et d'évaluer la vitalité fœtale.

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal évalue la tolérance fœtale (décélérations, bradycardie) ainsi que l'existence de contractions utérines.

Les examens biologiques sont fonction de la cause suspectée : bilan préopératoire en cas d'extraction en urgence, groupe A, B, O et Rhésus si non connu, bilan à la recherche d'une complication de prééclampsie (hémogramme, ionogramme sanguin, bilan hépatique).

2. Étiologie

Placenta prævia : le placenta est inséré en totalité ou en partie sur le segment inférieur. Sa fréquence varie entre 0,3 et 2,6 % des grossesses. Il peut recouvrir entièrement ou être situé à proximité de l'orifice interne cervical.

Les principaux facteurs de risque sont : la multiparité, l'âge maternel, des antécédents d'interventions utérines (aspiration, césarienne, myomectomie), les grossesses gémellaires, les antécédents de placenta bas inséré, le tabagisme.

Cliniquement, on retrouve un utérus souple, un saignement d'origine endo-utérine, fluide, rouge, et une absence de douleur abdominale. Des contractions utérines sont souvent associées, responsables des métrorragies. Le diagnostic est fait à l'échographie endo-vaginale.

Une hospitalisation est nécessaire dans tous les cas, avec mise en place d'une voie veineuse.

Le traitement est fonction du retentissement. En cas d'hémorragie importante avec mauvaise tolérance maternelle, l'arrêt de la grossesse est indiqué selon le terme.

Dans la plupart des cas, si le saignement survient à distance du terme, un traitement conservateur est possible, comprenant une tocolyse, une corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale avant 34 semaines d'aménorrhée, un transfert *in utero* dans une maternité de niveau 3 avant 32 semaines d'aménorrhée.

Hématome rétroplacentaire : c'est une urgence obstétricale. Il s'agit du décollement prématuré d'un placenta normalement inséré. Dans les formes complètes, il y a apparition brutale d'une collection de sang entre l'utérus et le placenta, ce qui interrompt la circulation utéro-placentaire, avec pour conséquence une souffrance fœtale aiguë.

Les facteurs favorisants à rechercher sont une prééclampsie, un retard de croissance intra-utérin, un antécédent identique, un traumatisme, un tabagisme ou une prise de cocaïne, mais peuvent également apparaître de manière totalement isolée (« coup de tonnerre dans un ciel serein »).

Le diagnostic est principalement clinique. On note une douleur abdominale intense et irréductible d'apparition brutale associée à un mauvais relâchement utérin, voire une contracture (utérus de bois) et des métrorragies peu abondantes, noirâtres. L'échographie peut retrouver l'hématome, mais l'image n'est pas toujours visualisable.

Le pronostic maternel est sévère en l'absence de soins rapides : coagulation intravasculaire disséminée, insuffisance rénale, état de choc. Le pronostic fœtal est également sévère à court terme : mort *in utero* en l'absence de prise en charge rapide.

Le traitement dépend de la viabilité fœtale et de la tolérance maternelle. En cas de fœtus vivant, on réalise une extraction fœtale en urgence (césarienne). En cas de décès fœtal, et à la condition d'une tolérance maternelle, on privilégie un accouchement par voie basse. L'accouchement doit s'accompagner d'un traitement médical, voire d'une réanimation maternelle.

Il existe des hématomes rétroplacentaires partiels localisés, sans retentissement maternel ou fœtal, mais qui peuvent se compliquer secondairement.

Hématome décidual marginal : il s'agit d'un décollement du pôle inférieur du placenta qui n'interrompt pas la circulation placentaire.

Cliniquement, l'utérus est souple, les métrorragies sont modérées et la tolérance fœtale est parfaite. Le diagnostic différentiel avec un hématome rétroplacentaire incomplet peut être difficile.

Rupture utérine : elle survient en général au cours du travail sur utérus cicatriciel. On l'évoque devant une douleur vive au niveau de la cicatrice utérine associée à des saignements et un utérus souple. Le traitement est la césarienne en urgence.

Hémorragie de Benkiser : il s'agit d'une rupture d'un vaisseau situé sur les membranes au moment de la rupture de celles-ci. C'est une cause rare mais gravissime pour le fœtus, car l'hémorragie est d'origine fœtale. La césarienne en extrême urgence permet parfois d'empêcher la mort fœtale.

Causes cervico-vaginales et vulvaires : le diagnostic est simple lors de l'examen gynécologique. Les causes sont les mêmes qu'au premier trimestre, en insistant sur le fait de ne pas méconnaître un cancer cervical utérin.

Menace d'accouchement prématuré : elle peut s'accompagner de métrorragies d'origine endocervicale, liées à la modification brutale du col, et constitue donc un critère de sévérité. Il faut considérer cette cause comme un diagnostic d'exclusion une fois éliminé un placenta bas inséré ou un décollement placentaire.

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

La question des hémorragies génitales est vaste et peut faire l'objet de nombreuses questions à l'examen.

Il faut classer les causes pour orienter ses réponses en fonction d'une part de la fréquence, d'autre part de l'urgence.

Quelle que soit l'étiologie, l'évaluation de la tolérance (clinique et paraclinique) guidera la prise en charge, et la prévention Rhésus doit être systématiquement évoquée.

Enfin, les différentes complications de la grossesse pourront être associées entre elles dans une question. Notamment, les métrorragies peuvent être retrouvées dans une menace d'accouchement prématuré ou compliquer une prééclampsie. Il est fondamental de garder une vision d'ensemble.

Cas clinique

Une femme de 39 ans, enceinte de 34 semaines d'aménorrhée, a des douleurs abdominales syncopales, de survenue brutale, accompagnées de métrorragies noirâtres de faible abondance.

Elle se plaint par ailleurs de céphalées.

La pression artérielle est mesurée à 170/100 mmHg, le pouls à 100/min. Les bruits du cœur fœtal sont présents.

QUESTION N° 1

Quelle est la cause principale à évoquer ?

QUESTION N° 2

Quels sont les diagnostics différentiels ?

QUESTION N° 3

Quel examen peut orienter le diagnostic ?

QUESTION N° 4

Quelle est votre conduite à tenir pour cette patiente ?



Retrouvez toutes les réponses et les commentaires sur www.larevuedupraticien.fr onglet ECN

OK

Hypertension artérielle gravidique et prééclampsie

Environ 5 à 10 % des grossesses se compliquent d'hypertension artérielle. La gravité est très variable, les prééclampsies sévères mettant en péril la vie du fœtus ou de la mère représentant 1 %.

Le dépistage se fait obligatoirement à chaque visite prénatale par la prise de la pression artérielle et la recherche d'une albuminurie sur échantillon.

Définitions

L'hypertension artérielle est définie par une pression artérielle systolique > 140 mmHg et/ou diastolique > 90 mmHg, au repos et à plusieurs reprises (au moins 2 fois espacées de 6 heures).

On distingue (tableau 1) :

- l'hypertension artérielle gravidique, apparue après 20 semaines d'aménorrhée, souvent chez une nullipare, et qui disparaît après l'accouchement ;
- la prééclampsie définie par l'association d'une hypertension artérielle et d'une protéinurie (> 0,3 g/24 h) ;
- l'hypertension artérielle chronique, parfois découverte à l'occasion de la grossesse, et alors présente avant 20 semaines d'aménorrhée. Elle peut se compliquer d'une prééclampsie surajoutée.

Noter qu'il peut exister, plus exceptionnellement, une protéinurie sans hypertension artérielle dans le cadre d'une néphropathie chronique, laquelle peut se compliquer de prééclampsie.

Physiopathologie de la prééclampsie

L'hypertension artérielle chronique est le plus souvent essentielle, mais il s'agit parfois d'une forme secondaire. La prééclampsie est propre à la grossesse, car c'est une maladie de l'endothélium maternel dont l'origine est placentaire. Un défaut précoce d'invasion trophoblastique des artères spiralées de l'utérus entraîne un mauvais remodelage vasculaire avec hypoperfusion de la chambre intervillueuse. Cette hypoxie placentaire induit un stress oxydant et la libération de diverses substances dans la circulation maternelle (radicaux libres, lipides oxydés, cytokines...) responsables de lésions de l'endothélium maternel conduisant aux signes cliniques de la maladie (hypertension artérielle, néphropathie glomérulaire, augmentation de la perméabilité vasculaire). La lésion placentaire peut entraîner par ailleurs sur le versant fœtal un retard de croissance.

De ce fait, tous les traitements sont purement symptomatiques, le seul traitement curatif étant l'arrêt de la grossesse.

Facteurs de risque de la prééclampsie

Ils sont :

- génétiques (antécédent de prééclampsie chez la mère ou la soeur) ;
- immunologiques (primiparité, brève période d'exposition au sperme du père, insémination avec donneur) ;

TABLEAU 1	Hypertension artérielle gravidique	
	< 20 SA	> 20 SA
Pas de protéinurie	Chronique	Gravidique pure
Protéinurie > 0,3 g/24 h	Prééclampsie surajoutée	Prééclampsie

SA : semaines d'aménorrhée.

- physiologiques (âge maternel élevé) ;
- environnementaux (vie en altitude, stress) ;
- maternels (antécédent de prééclampsie, diabète-insulinorésistance, obésité, thrombophilie, pathologie auto-immune, hypertension artérielle chronique).

Prise en charge

1. Prise en charge d'une hypertension artérielle chronique ou hypertension artérielle gravidique non compliquée

Surveillance : elle se fait en externe, mais doit être renforcée (consultation toutes les 1 à 2 semaines), au plan maternel (pression artérielle, albuminurie) et fœtale (échographie-doppler mensuelle). Selon le contexte, et la suspicion d'un retard de croissance intra-utérine associée, surveillance du rythme cardiaque fœtal. Le repos nécessite un arrêt de travail.

Traitement : sont prohibés le régime sans sel et les diurétiques (ils aggravent l'hypovolémie et réduisent la perfusion utéroplacentaire), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou les sartans (effets secondaires chez le fœtus). Les indications du traitement antihypertenseur sont : pression systolique > 150 mmHg et/ou diastolique > 100 mmHg.

Les médicaments à utiliser doivent privilégier une monothérapie (si insuffisant, possibilité de les associer) par l'une des classes suivantes : antihypertenseur central (α -méthyl dopa : de 500 à 1 500 mg/j), inhibiteurs calciques (nifédipine ou nicardipine : 50 à 100 mg/j) ; bêtabloquants : (labétalol : 200 à 800 mg/j).

La surveillance est basée sur la fréquence des contrôles, adaptée à l'état materno-fœtal. L'objectif est une pression artérielle systolique entre 130 et 140 mmHg et une pression artérielle diastolique entre 80 et 90 mmHg. Il ne faut pas diminuer davantage la pression artérielle (hypoperfusion utéro-placentaire).

L'hospitalisation est nécessaire en cas de prééclampsie. Les décisions obstétricales dépendent de 3 éléments : la sévérité de la prééclampsie, l'état fœtal et l'âge gestationnel.

2. Prise en charge d'une prééclampsie

L'évaluation de la gravité (tableau 2) est l'étape essentielle. Elle repose sur des éléments cliniques, biologiques et échographiques.

Bilan de la sévérité maternelle : il est :

- clinique : hormis les chiffres tensionnels, les signes à rechercher sont les signes fonctionnels d'hypertension artérielle (douleurs

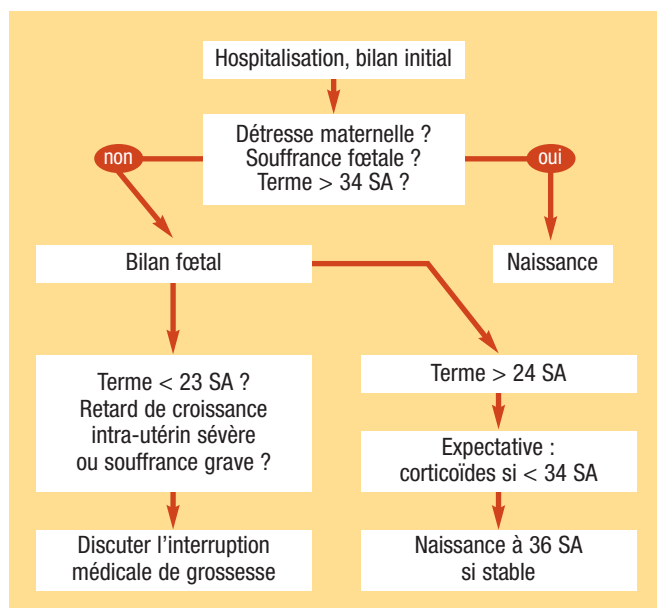


FIGURE 2 Prise en charge d'une prééclampsie. SA : semaine d'aménorrhée.

épigastriques en barre, céphalées violentes, phosphènes, voire flou visuel, acouphènes, réflexes ostéo-tendineux vifs, voire polycinétiques), les vomissements, les signes de syndrome néphrotique (œdèmes massifs, notamment des mains et du visage, prise de poids de plusieurs kilos en quelques jours, oligurie). L'éclampsie est une crise convulsive tonico-clonique dans un contexte d'hypertension artérielle de la grossesse ;

- biologique : hémogramme (hématocrite > 40 % = hémococoncentration), recherche d'une hémolyse (schizocytes, haptoglobine, LDH), hémostase (TP, TCA, fibrinogène), ionogramme, urée, créatinine (> 90 μmol/L = anormale), ASAT, ALAT, bilirubinémie, uricémie, protéinurie des 24 heures.

Bilan de la sévérité fœtale : il est basé sur :

- la clinique : mouvements actifs fœtaux, présence d'une activité cardiaque, mesure de la hauteur utérine (retard de croissance intra-utérin) ;
- le rythme cardiaque fœtal : recherche de signes d'hypoxie (perte des accélérations, diminution de la variabilité, décélérations) ;
- l'échographie : bien-être fœtal (score de Manning), estimation du poids fœtal (risque de retard de croissance intra-utérin) ;
- le doppler utérin altéré (*notch* = incisure protodiastolique franche et bilatérale, flux diastolique nul ou très faible), fréquent en cas de prééclampsie avec ou sans retard de croissance, et doppler ombilical (une diastole ombilicale nulle est associée à un risque important de morbidité fœtale).

Les signes de gravité de la prééclampsie témoignent de la survenue de complications à un stade plus ou moins avancé. Ces complications peuvent évoluer vers d'autres complications maternelles (nécrose corticale rénale, coagulation intravas-

culaire diminuée, hématome sous-capsulaire du foie) ou fœtales (mort fœtale *in utero*).

Conduite à tenir (fig. 2) : le seul traitement véritable de la prééclampsie est l'arrêt de la grossesse. La question est de décider du moment. L'indication d'arrêt de la grossesse dans les formes sévères entre 24 et 34 semaines d'aménorrhée peut être maternelle et/ou fœtale. Après 36 semaines d'aménorrhée, il n'y a pas de bénéfice à poursuivre la grossesse. En cas de prééclampsie sévère avant 24 semaines d'aménorrhée, il faut discuter l'interruption médicale de grossesse de sauvetage maternel.

Les formes graves imposent d'abrégier la grossesse, le plus souvent par césarienne. Avant 34 semaines d'aménorrhée, sauf urgence extrême, il faut réaliser un transfert *in utero* et une corticothérapie de maturation fœtale.

En l'absence de signe de gravité, la grossesse peut être poursuivie sous réserve d'une surveillance étroite maternelle (clinique et biologique) et fœtale (vitalité, croissance).

Traitement médical : le traitement médical antihypertenseur a pour but d'éviter les à-coups hypertensifs. Il influence peu le pronostic de la prééclampsie, et un traitement trop énergique peut être dangereux pour le fœtus en réduisant la perfusion placentaire.

Les traitements utilisables sont les mêmes que pour l'hypertension artérielle chronique, alphaméthylodopa, alpha-bêta- ou bêta-bloqueurs, anticalciques. L'administration se fait par voie orale, sauf en cas de poussée hypertensive menaçante pour la mère.

Les autres traitements sont indiqués selon les formes cliniques et le terme :

- corticothérapie maturative avant 34 semaines d'aménorrhée ;
- traitement des complications ;
- sulfate de magnésium en prévention de la crise d'éclampsie : indiqué dans les prééclampsies graves, notamment en cas de signes neurologiques ou dans la prévention des récives d'éclampsie.

TABLEAU 2

Critères de prééclampsie sévère

- Hypertension artérielle sévère (pression artérielle systolique > 160 mmHg et/ou pression artérielle diastolique > 110 mmHg)
- Atteinte rénale avec : oligurie (< 500 mL/24 h) ou créatinine > 135 μmol/L ou protéinurie > 5 g/j)
- Œdème aigu du poumon
- Éclampsie ou troubles neurologiques rebelles (troubles visuels, réflexes ostéo-tendineux polycinétiques, céphalées tenaces) ou barre épigastrique persistante
- Thrombopénie < 100 GL ou *HELLP syndrome* (*hemolyses, elevated liver enzymes, low platelets*)
- Hématome rétroplacentaire ou retentissement (« souffrance ») fœtal

Hypertension artérielle gravidique et prééclampsie

POINTS FORTS À RETENIR

- 🔴 Les complications sont maternelles et fœtales : HELLP syndrome, hématome rétroplacentaire, prééclampsie, retard de croissance intra-utérin, prématurité induite, mort *in utero*.
- 🔴 En cas de prééclampsie, l'hospitalisation s'impose pour juger de la gravité et envisager une extraction fœtale, seul véritable traitement de la prééclampsie.
- 🔴 Le traitement antihypertenseur n'est qu'un traitement symptomatique permettant de gagner du temps par rapport à la prématurité.
- 🔴 Ne pas oublier les corticoïdes avant 34 semaines d'aménorrhée.

Le traitement d'une crise hypertensive chez une femme enceinte fait appel aux antihypertenseurs par voie intraveineuse (nicardipine) 1-6 mg/h ou labétalol (5-20 mg/h).

En cas d'hypertension artérielle maligne (pression artérielle systolique > 180 mmHg ou pression artérielle moyenne > 140 mmHg), un traitement d'attaque par nicardipine IV comporte un bolus de 0,5 à 1 mg, suivi d'une perfusion de 4-7 mg en 30 minutes.

Suivi après l'accouchement :

- à court terme : on réalise un examen anatomique du placenta à la recherche d'infarctus, de signes d'ischémie, d'hématomes. La femme doit être sous surveillance rapprochée en post-partum, car la prééclampsie peut encore se compliquer, principalement dans les 24-72 heures. Les formes sévères peuvent entraîner des complications immédiates graves : hypertension artérielle maligne, éclampsie, insuffisance rénale, œdème aigu du poumon, HELLP syndrome ;
- à long terme : le suivi doit être prolongé après la sortie, et le traitement antihypertenseur est arrêté progressivement. Les signes cliniques s'amendent en quelques jours, l'hypertension artérielle ensuite, la protéinurie en quelques semaines.

Après une prééclampsie sévère et précoce, il est conseillé de rechercher des anticorps antiphospholipides, et un bilan de thrombophilie héréditaire est justifié.

Prévention : elle concerne essentiellement les femmes ayant des antécédents. Le risque de récurrence de la maladie au cours des grossesses ultérieures est de 20-30 %. Il est d'autant plus élevé qu'il s'agit d'une prééclampsie précoce ou compliquée ou associée à un retard de croissance intra-utérin, ou sur un terrain de

syndrome des antiphospholipides, thrombophilie ou maladie chronique maternelle. On propose un traitement préventif par aspirine (100 mg/j) dès le premier trimestre et un suivi spécialisé précoce.

Ce type de suivi doit être appliqué également en cas de facteur de risque de prééclampsie (diabète, grossesse multiple, hypertension artérielle chronique).

Diabète gestationnel

Définition

Le diabète gestationnel est un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débuté ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement et l'évolution dans le post-partum.

Cette définition regroupe deux populations de femmes dont le pronostic materno-fœtal n'est pas le même :

- celles qui ont un trouble de la tolérance glucidique antérieur à la grossesse, mais méconnu ;
- celles qui développent un trouble de la tolérance glucidique pendant la grossesse.

Les risques sont proportionnels aux taux de glycémie.

Au deuxième trimestre de la grossesse apparaît une insulino-résistance des tissus périphériques que doit compenser une augmentation de la sécrétion endogène d'insuline. Ainsi, en l'absence de trouble, les glycémies diminuent en cours de grossesse. L'hyperglycémie apparaît quand cette compensation est insuffisante. Le diabète gestationnel est donc une forme clinique du syndrome métabolique. Il est lié aux mêmes facteurs que le diabète de type 2, génétiques et environnementaux (obésité et sédentarité). Il est fréquent, car il concerne environ 2 à 4 % des grossesses.

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

La question hypertension artérielle et prééclampsie est une question qui se prête bien à la transversalité avec ses connexions avec la néphrologie, les troubles de l'hémostase, le traitement antihypertenseur. Les complications sont souvent retrouvées dans les annales (hématome rétroplacentaire, HELLP syndrome). Les différentes définitions et les signes de gravité sont à connaître par cœur.

Dépistage et diagnostic

La recherche d'une glycosurie sur échantillon est obligatoire à chaque visite prénatale, mais la sensibilité ainsi que la spécificité de ce dépistage sont faibles.

Il faut rechercher un diabète préexistant méconnu dès le début de la grossesse par une glycémie à jeun chez les femmes présentant des facteurs de risque majeurs :

- antécédent personnel de diabète, y compris gestationnel à une précédente grossesse ;
- obésité ;
- antécédent familial de diabète de type 2 au premier degré ;
- âge supérieur à 38 ans ;
- antécédents obstétricaux : enfant mort *in utero*, macrosome ou malformé ;
- si la glycémie au premier trimestre est normale, un test de charge doit être prescrit au 2^e trimestre.

Le dépistage du diabète gestationnel repose à l'heure actuelle sur les tests de charge orale en glucose, à réaliser entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée.

La stratégie en un temps est une hyperglycémie provoquée orale à 75 g de glucose (test OMS), pour laquelle plusieurs seuils sont proposés.

La stratégie classique en deux temps est un test de dépistage à 50 g (test de O'Sullivan), suivi lorsqu'il est positif (1,30 g/L ou 1,40 g/L selon la sensibilité désirée) d'un test de confirmation (l'hyperglycémie provoquée orale à 100 g). Le taux de faux

positifs est élevé : seules 20 % des femmes dépistées positives ont un diabète gestationnel confirmé.

En l'absence de consensus, il est acceptable de proposer soit un dépistage systématique, soit un dépistage ciblé (limité aux femmes ayant des facteurs de risque majeurs, ainsi que des facteurs de risque mineurs : âge > 30 ans, ethnie asiatique, noire ou maghrébine, surpoids).

Principes de la prise en charge diabétologique

L'objectif qui permet d'améliorer le pronostic périnatal est la normalisation des glycémies, qui doivent être < 0,95 g/L à jeun et < 1,20 g/L en post-prandial (2 heures après le début d'un repas habituel).

La première mesure à prendre est diététique : équilibrer l'alimentation, fractionner les repas, si besoin instaurer un régime diabétique. L'activité physique est encouragée en l'absence de contre-indication obstétricale.

La surveillance glycémique est adaptée selon les taux initiaux, par les glycémies doubles veineuses ou des cycles glycémiques capillaires. Le régime est efficace dans environ 70 % des cas.

Si l'hyperglycémie persiste malgré un régime bien conduit, il faut mettre en place une éducation de la patiente, une autosurveillance des glycémies capillaires (avant et après chaque repas) et un traitement médical. Le seul traitement ayant l'AMM dans cette indication est l'insuline. Le schéma d'insulinothérapie, habituellement en 2 à 4 injections par jour, comporte de l'insuline

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

Cas clinique

Voici un exemple de dossier clinique qui met l'accent sur le dépistage et l'information de la patiente. Mme O., 40 ans, 160 cm, 80 kg, consulte en début de grossesse à 10 semaines d'aménorrhée. Elle n'a pas d'antécédent personnel notable. Elle a accouché deux ans auparavant d'une fille de 4120 g, bien portante. Antécédents familiaux : mère diabétique depuis l'âge de 50 ans. À l'examen, pression artérielle 130/80 mmHg, utérus gravide. Les examens complémentaires de début de grossesse sont normaux.

QUESTION N° 1

Pensez-vous qu'il soit nécessaire de rechercher un diabète chez cette patiente en début de grossesse ?
Si oui, justifiez, si non, justifiez.

QUESTION N° 2

Un test de O'Sullivan est réalisé à 26 semaines d'aménorrhée dont le résultat est 1,80 g/L. Comment interprétez-vous ce résultat ?
Que proposez-vous ?

QUESTION N° 3

Finalement, un diagnostic de diabète gestationnel est porté. Décrire les grandes lignes de sa prise en charge initiale.

QUESTION N° 4

Cette patiente a-t-elle un risque de devenir diabétique dans l'avenir ?
Que préconisez-vous ?



Retrouvez toutes les réponses et les commentaires sur www.larevuedupraticien.fr onglet ECN

OK

Diabète gestationnel

POINTS FORTS À RETENIR

- 🔴 La macrosomie fœtale est la complication périnatale principale, entraînant un risque accru d'accouchement dystocique.
- 🔴 Il faut prescrire une glycémie à jeun dès le premier trimestre chez les femmes à haut risque de diabète (antécédent personnel de diabète, obésité, antécédent familial du premier degré, antécédent de malformation fœtale ou de macrosomie).
- 🔴 Pour la population générale, le dépistage repose sur des tests de charge en glucose à faire entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée.
- 🔴 En cas de diabète gestationnel, le premier traitement est le régime. Lorsque les objectifs glycémiques ne sont pas atteints (glycémie à jeun < 0,95 g/L et post-prandiale < 1,20 g/L), il faut instituer une autosurveillance glycémique capillaire et envisager un traitement par insuline.
- 🔴 Un bilan diabétologique doit être réalisé dans les mois qui suivent l'accouchement.



rapide pour contrôler les glycémies post-prandiales, et l'insuline retard permet d'assurer les besoins de base. L'augmentation des doses se fait par paliers de 2 UI en fonction du cycle glycémique de la veille jusqu'à atteindre les objectifs.

Le contrôle glycémique diminue les risques de complications obstétricales et fœtales.

Complications périnatales

Les troubles de la régulation glycémique sont un continuum, les risques augmentant avec le taux de glycémie. Le diabète pré-gestationnel (type 1 ou type 2) entraîne des risques majeurs : malformations, mort fœtale. En cas de diabète induit par la grossesse, les risques périnataux sont moins graves.

1. Complications maternelles

Pendant la grossesse, la principale complication est l'hypertension artérielle ou la prééclampsie.

À l'accouchement, il existe un risque accru de dystocie avec lésions de la filière génitale, d'extraction instrumentale ou de césarienne.

2. Complications fœtales et néo-natales

Le risque de macrosomie fœtale est au premier plan, dû à l'hyperinsulinisme réactionnel à l'hyperglycémie (le sucre traverse activement le placenta). Il en résulte un risque accru d'accouchement dystocique pouvant s'exprimer soit durant la première phase

du travail (défaut de mise en travail, stagnation de la dilatation cervicale), soit durant la deuxième phase du travail, avec un défaut d'engagement de la présentation fœtale dans le bassin maternel ou la redoutable dystocie des épaules. La dystocie des épaules peut se compliquer d'une fracture ou d'une paralysie du plexus brachial. La macrosomie augmente aussi le risque d'anoxie per-partum, qui peut entraîner des conséquences neurologiques. Il est établi qu'il existe un continuum entre le degré d'hyperglycémie maternelle et la survenue d'une macrosomie fœtale.

Le risque de mort fœtale in utero est augmenté au troisième trimestre de la grossesse en cas de diabète très déséquilibré.

Les risques néo-nataux sont la détresse respiratoire de sévérité variable, la polyglobulie et l'ictère, et surtout hypocalcémie et l'hypoglycémie.

À l'âge adulte, les enfants de mère diabétique ont un risque accru de syndrome métabolique, notamment de diabète de type 2.

Prise en charge obstétricale

Le type de suivi dépend à la fois de la régulation glycémique et de l'absence de complication surajoutée. Il est moins codifié que le traitement diabétologique.

En l'absence d'un équilibre glycémique optimal, la surveillance est renforcée. Au plan fœtal : monitoring du rythme cardiaque fœtal, recherche d'une macrosomie fœtale par échographie. Au plan maternel : surveillance de la pression artérielle et de l'albu-minurie.

À terme, l'indication d'une césarienne ou d'un déclenchement artificiel du travail est discutée en fonction de la macrosomie fœtale et de l'atteinte ou non des objectifs glycémiques. Une césarienne est envisagée en cas de macrosomie importante (généralement poids fœtal estimé > 4 500 g). Dans tous les cas, l'accouchement doit être surveillé de près.

Prise en charge post-partum

Le plus souvent, l'insulinothérapie peut être arrêtée pendant le travail, avec une surveillance des glycémies capillaires qui est poursuivie en post-partum immédiat. Le régime doit être adapté. En cas de persistance d'une hyperglycémie franche, on évoquera un diabète de type 2 méconnu ou démasqué par la grossesse, qui peut nécessiter la poursuite de l'autosurveillance et la mise sous antidiabétiques oraux. Une contraception progestative pure est proposée.

Pour le nouveau-né, il n'y a pas lieu de le séparer systématiquement de la mère, il faut commencer les tétées rapidement et surveiller les glycémies. L'allaitement maternel est encouragé.

Pour la mère, il faut prescrire au minimum un contrôle des glycémies à jeun et post-prandiale 1 mois après l'accouchement, à apporter à la visite post-natale.

À distance, la femme a un risque de diabète de type 2 multiplié par 7 par rapport à la population générale (risque entre 20 et 60 % selon les études), qui justifie une information et un suivi adapté, avec des conseils hygiéno-diététiques.

Menace d'accouchement prématuré

Le taux d'accouchements prématurés est de 7 % des naissances en France. C'est la première cause de morbidité et de mortalité néonatales. Les principales conséquences de la prématurité sont pulmonaires (maladie des membranes hyalines, dysplasie bronchopulmonaire), hépatiques (ictère), digestives (entérococolite ulcéronécrosante) et cérébrales (hémorragie, leucomalacie périventriculaire), pouvant entraîner des séquelles à type d'incapacité motrice d'origine cérébrale. Ces risques sont étroitement liés à l'âge gestationnel à la naissance.

Définition

La menace d'accouchement prématuré est une symptomatologie de travail prématuré, associant modifications cervicales et contractions utérines régulières et douloureuses, survenant entre 22 et 36 semaines d'aménorrhée. Elle peut mener à l'accouchement prématuré, ou bien s'arrêter spontanément ou après traitement. En fait, il existe un continuum entre la situation à haut risque d'accouchement prématuré et la véritable entrée en travail prématurée, qui sont difficiles à distinguer en pratique (notion de menace plus ou moins sévère).

Étiologie

Les causes du travail prématuré sont nombreuses et souvent associées entre elles. La découverte d'une cause permet d'orienter le traitement. Néanmoins, dans la majorité des cas, aucune cause n'est retrouvée.

1. Causes infectieuses

Les infections urinaires, basses ou hautes, sont les plus fréquentes.

La listériose est rare mais doit toujours être évoquée du fait de sa gravité.

La chorioamniotite (infection ovulaire par ascension de germes vaginaux), essentiellement associée à la rupture prématurée des membranes, contre-indique la tocolyse.

Toute infection maternelle peut en soi entraîner des contractions utérines.

Toute infection intrapéritonéale (appendicite, cholécystite...) favorise les contractions utérines.

La vaginose bactérienne (remplacement de la flore vaginale normale par des germes anaérobies) multiplie par 2 le risque d'accouchement prématuré, mais sa causalité directe reste très discutée. La physiopathologie fait intervenir l'inflammation des membranes ovulaires, impliquant des cytokines pro-inflammatoires et l'activation de la synthèse des prostaglandines, principal agent responsable de la maturation du col et des contractions utérines.

2. Causes ovulaires et fœtales

Les grossesses multiples sont une cause majeure d'accouchement prématuré. Presque la moitié des accouchements de jumeaux sont prématurés ; de même, la surdistension utérine générée par un hydramnios quelle que soit sa cause (diabète, malformations fœtales).

L'hématome rétroplacentaire et le placenta prævia sont des causes potentiellement graves, les autres causes d'hémorragie génitale pouvant aussi favoriser la menace d'accouchement prématuré et la rupture des membranes par inflammation chronique.

La rupture prématurée des membranes est retrouvée dans près de la moitié des accouchements prématurés. Elle peut être due à une infection ascendante, favorisée par une anomalie utérine (béance cervico-isthmique ou antécédent de conisation), ou sans cause retrouvée.

3. Causes utérines et cervicales

Les anomalies utérines sont les utérus unicorques, bicorques, cloisonnés ou hypoplasiques (exposition au distillbène), ou les fibromes compliqués (déformation de la cavité, nécrobiose aseptique).

L'incompétence ou « béance » cervico-isthmique peut être spontanée ou acquise ; c'est un diagnostic difficile à prouver.

4. Facteurs maternels

Les facteurs socio-économiques, psychologiques, environnementaux sont souvent corrélés à l'accouchement prématuré. Il s'agit plus d'un terrain, de facteurs de risque : jeune âge, milieu socio-économique défavorisé, grossesses rapprochées, grossesse non désirée, violence conjugale.

Il faut aussi retenir :

- quelques pathologies maternelles comme le diabète gestationnel (hydramnios, infection), l'anémie sévère ;
- des facteurs toxiques : le tabac surtout, ainsi que l'alcool ou la cocaïne ;
- les facteurs accidentels, qui sont peu fréquents (traumatisme abdominal), ainsi que les causes iatrogènes (amniocentèse).

Diagnostic

Le diagnostic est essentiellement clinique.

L'interrogatoire et la palpation évaluent la fréquence, la régularité et l'intensité des contractions. Ils permettent le diagnostic différentiel avec d'autres types de douleurs abdominales d'origine urologique, digestive, ostéo-ligamentaire.

Le toucher vaginal trouve un col raccourci (plus ou moins effacé), ramolli, dilaté, centré, et une présentation fœtale basse, voire engagée.

Des examens complémentaires aident au diagnostic, à la recherche d'une étiologie et à l'évaluation pronostique :

- la tocographie externe : l'enregistrement de la fréquence et de la durée des contractions utérines n'est qu'une aide au diagnostic, dont le principal intérêt est d'être combiné à l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal ;
- l'échographie endovaginale : cette méthode est moins subjective que le toucher vaginal pour évaluer la longueur cervicale. En cas de menace d'accouchement prématuré, le risque d'accouchement prématuré dans les 7 jours est inférieur à 5 % si le col mesure plus de 30 mm ;
- la fibronectine fœtale : prélevée dans le vagin, sa valeur prédictive négative est comparable à celle de l'échographie endovaginale, mais elle est peu utilisée en pratique.

Menace d'accouchement prématuré

POINTS FORTS À RETENIR

- ❶ La prématurité est la principale cause de morbidité et de mortalité périnatales.
- ❷ Les menaces d'accouchement prématuré sont de sévérité variable, pouvant mener ou non à un accouchement prématuré.
- ❸ Le bilan étiologique comporte la recherche de causes infectieuses, utérines (bénigne cervico-isthmique, malformations utérines), ovulaires (grossesse multiple, hydramnios, placenta prævia) et d'un contexte favorisant. Cependant près de 40 % des accouchements prématurés sont d'origine idiopathique.
- ❹ Le traitement de la menace d'accouchement prématuré comporte une tocolyse, une corticothérapie pour la maturation fœtale, un repos et un transfert en maternité niveau 2 ou 3 en fonction du terme.

**Conduite à tenir**

Il n'existe pas de véritable traitement de la menace d'accouchement prématuré.

Deux mesures ont fait la preuve de leur efficacité pour réduire la mortalité et la morbidité néo-natales : le transfert *in utero* vers une maternité adaptée à l'âge gestationnel en cas de forme sévère, et la corticothérapie avant 34 semaines d'aménorrhée pour prévenir la maladie des membranes hyalines.

Le pronostic de la menace d'accouchement prématuré dépend de 3 éléments : 1) l'âge gestationnel, 2) le contexte (gémellité, antécédents...) et 3) la sévérité intrinsèque : col effacé, rupture des membranes, étiologie (hématome rétroplacentaire, chorioamniotite), conditionnant la prise en charge immédiate, ainsi que la décision de transfert vers une maternité adaptée.

1. Évaluation clinique

Interrogatoire : âge gestationnel, caractéristiques des contractions (fréquence, intensité, ancienneté), recherche de facteurs déclenchants (fièvre, signes fonctionnels urinaires, traumatisme), facteurs de risque (antécédent d'accouchement prématuré, conisation, malformation utérine, bénigne cervicale, maladie chronique, hydramnios, grossesse multiple, vaginose bactérienne, infections urinaires), signes associés (métrorragies, perte de liquide).

Examen général : température, pression artérielle, hauteur utérine, bandelette urinaire.

Palpation abdominale : mise en évidence des contractions (fréquence, durée, utérus de bois).

Examen au spéculum : métrorragies, perte de liquide.

Toucher vaginal (en l'absence de placenta prævia) : modifications du col, présentation.

2. Examens paracliniques

Ils comprennent :

- hémogramme (hyperleucocytose), CRP (syndrome inflammatoire) ;
- prélèvement vaginal : recherche de germes, vaginose ;
- examen cyto-bactériologique des urines : recherche d'une infection ou d'une bactériurie ;
- test biochimique (nitrazine [pH] ou IGF-BP1) en cas de doute sur une rupture prématurée des membranes ;
- échographie du col ;
- en option, recherche de la fibronectine fœtale ;
- enregistrement cardiotocographique : régularité des contractions, tachycardie fœtale, décélérations.

3. Hospitalisation

Elle est systématique dans un premier temps. Jusqu'à 32 semaines d'aménorrhée, la mère doit être hospitalisée dans une maternité niveau 3, si besoin par transfert *in utero*, ce qui améliore le pronostic néo-natal comparé à un transfert pédiatrique post-natal (diminution de la morbidité sévère et de la mortalité).

4. Traitement

Le traitement associe le traitement étiologique (éventuel), la tocolyse (en l'absence de contre-indication), la corticothérapie maturative et le repos.

Traitement de la cause : une cause doit systématiquement être recherchée, conditionnant la suite de la prise en charge : infection maternelle à traiter, chorioamniotite contre-indiquant la tocolyse, hydramnios nécessitant une ponction évacuatrice...

Tocolyse : il s'agit d'un traitement symptomatique diminuant les contractions, ayant pour objectif de retarder l'accouchement d'au moins 48 heures, afin de permettre l'action des corticoïdes et le transfert *in utero*. La tocolyse en tant que telle n'améliore pas le pronostic de l'enfant.

Quels tocolytiques utiliser ? Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont efficaces mais peu utilisés à cause de leurs effets secondaires fœtaux et néo-nataux potentiellement graves (syndrome de persistance de la circulation fœtale, insuffisance rénale).

Les bêta-mimétiques sont les tocolytiques les mieux étudiés, mais à utiliser avec précaution à cause de leurs effets secondaires (tachycardie, tremblements, dyspnée, plus rarement troubles du rythme (tachycardie supraventriculaire), œdème aigu pulmonaire, infarctus du myocarde). Les principales contre-indications sont les cardiopathies, l'hyperthyroïdie, le diabète déséquilibré, l'hypokaliémie, la grossesse multiple (augmentation du risque d'œdème aigu du poumon). Le bilan préthérapeutique comporte au minimum un ECG, une glycémie ainsi qu'un ionogramme sanguin. En pratique, on utilise le salbutamol à la dose de 2 mg/min sous surveillance de la fréquence cardiaque (qui doit rester <120/min) et de la diurèse. Les inhibiteurs calciques ont une tolérance maternelle supérieure à celle des bêta-mimétiques, avec des effets secondaires modérés (céphalées, tachycardie, flush, veinite). Ils

sont largement utilisés dans cette indication malgré l'absence d'autorisation de mise sur le marché (AMM). Les plus utilisés sont la nifédipine (Adalate : 10 mg per os 1 cp toutes les 20 minutes pendant 1 heure puis relais par Chronoadalate 2 à 3 cps/jour) et la nicardipine (Loxen : voie intraveineuse IVSE 2 mg/heure jusqu'à 4 mg/h ou voie orale Loxen 50 LP 2 par jour).

Les antagonistes de l'ocytocine comme l'atosiban (Tractocile par voie veineuse) sont pratiquement dépourvus d'effets secondaires, mais leur prix est élevé et ils ont été moins étudiés que les autres tocolytiques.

Il n'y a pas de bénéfice prouvé à la poursuite du traitement au-delà de 48 heures en cas de tocolyse efficace.

Les contre-indications à la tocolyse sont :

- la chorioamniotite : la poursuite de la grossesse est dangereuse, car le sepsis fœtal et maternel peut se compliquer. Une infection maternelle extra-amniotique (pyélonéphrite par exemple) n'est pas une contre-indication à la tocolyse ;
- l'hémorragie génitale : si elle est due à un hématome rétroplacentaire, la grossesse doit être interrompue d'urgence. Un saignement modéré sur placenta prævia ou hématome marginal ne contre-indique pas la tocolyse, voire même peut permettre l'arrêt des métrorragies par diminution des contractions ;
- l'hypoxie fœtale : un rythme cardiaque fœtal pathologique contre-indique la poursuite de la grossesse.

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

La question « menace d'accouchement prématuré » peut faire l'objet de questions aussi bien de thérapeutique que transversales (connaissance des facteurs de risque, association avec d'autres complications de la grossesse).

Il faut connaître les prises en charge qui ont fait la preuve de leur efficacité dans la prévention de la morbi-mortalité néonatale : corticothérapie avant 34 semaines d'aménorrhée et transfert dans une maternité adaptée. Le terme de 34 semaines d'aménorrhée est dès lors discriminant dans une question.

Par ailleurs, les contre-indications à la tocolyse peuvent également faire l'objet d'une question, notamment en cas de menace d'accouchement prématuré associée à une rupture des membranes.

Maturation pulmonaire fœtale. Avant 34 semaines d'aménorrhée, une cure unique de corticoïdes réduit de moitié la mortalité néonatale, la maladie des membranes hyalines, les hémorragies intraventriculaires cérébrales et les entérocrites ulcéronécrosantes, sans effet délétère avéré à long terme.

La corticothérapie administrée à la mère doit passer la barrière placentaire : bétaméthasone ou dexaméthasone (la prednisone/prednisolone ne passe pas le placenta). En pratique, bétaméthasone (Célestène Chronodose) 12 mg en intramusculaire par jour 2 jours de suite.

Il n'y a pas de contre-indication absolue à l'utilisation des corticoïdes, avec néanmoins des précautions d'emploi en cas de chorioamniotite avérée, ou de diabète maternel très déséquilibré.

Surveillance au cours de l'hospitalisation

Elle est principalement clinique : fréquence des contractions utérines, écoulement de liquide, de sang, tolérance des traitements tocolytiques. Il ne faut pas répéter les touchers vaginaux à cause du risque infectieux. Il faut y associer la prévention et la détection des thromboses veineuses profondes : bas de contention.

Au décours de l'épisode aigu, un repos à domicile avec organisation de la vie quotidienne doit être envisagé pour limiter la récurrence.

Cas particulier : rupture des membranes avant terme.

Elle concerne 1 % des grossesses. La principale cause est l'infection cervico-vaginale par inflammation chronique et fragilisation des membranes. Ce processus peut également se voir en cas de métrorragies.

Le diagnostic repose sur l'interrogatoire, l'examen au spéculum (écoulement franc de liquide), en cas de doute test biochimique (test à la nitrazine qui détecte l'élévation du pH, ou recherche d'IGF-BP1 spécifique du liquide amniotique). L'échographie permet de rechercher un oligoamnios.

La prise en charge comporte :

- la recherche de signes cliniques de chorio-amniotite (fièvre, tachycardie maternelle et fœtale, contractions utérines, liquide teinté) contre-indiquant la tocolyse ;
- l'enregistrement cardiotocographique : tachycardie fœtale, décélérations, contractions utérines ;
- des examens complémentaires : prélèvement vaginal, ECBU, hémogramme, CRP, échographie ;
- un traitement antibiotique prophylactique de courte durée probabiliste (ex. : amoxicilline, secondairement adapté aux résultats du prélèvement vaginal et de l'examen d'urines) ;
- avant 34 semaines d'aménorrhée : corticothérapie maturative et tocolyse en l'absence de contre-indication, avec avant 32 semaines d'aménorrhée transfert in utero en maternité de niveau 3 ;
- à partir de 34 ou 35 semaines d'aménorrhée, deux attitudes sont possibles : déclenchement du travail ou surveillance, selon les équipes.

La surveillance est clinique, maternelle (fièvre, contractions utérines) et fœtale (tachycardie, couleur du liquide), et biologique.

L'arrêt de la grossesse (déclenchement ou césarienne) est nécessaire quel que soit le terme en cas de signe direct ou indirect de chorioamniotite.

Prévention

La prévention primaire de l'accouchement prématuré repose sur la recherche de facteurs de risque en début de grossesse : amélioration des conditions de vie maternelles, sevrage tabagique, traitement des vaginoses bactériennes, des infections urinaires et bactériuries asymptomatiques, traitement d'un diabète gestationnel.

Un antécédent d'accouchement prématuré ou de fausse couche tardive est un facteur de risque majeur, justifiant des mesures de prévention particulières :

- arrêt de travail précoce ;
- recherche d'une vaginose bactérienne au premier trimestre dont le traitement réduit le risque de récurrence de prématurité ou de fausse couche tardive ;
- cerclage du col en cas d'arguments en faveur d'une béance cervico-isthmique. Ce diagnostic est évoqué essentiellement devant 2 antécédents de fausses couches tardives ou d'accouchements très prématurés sans cause infectieuse retrouvée.
- traitement par progestérone par voie orale ou vaginale (200 mg/jour), qui bénéficie du plus haut niveau de preuve dans cette indication.

Fièvre durant la grossesse

Après les contractions utérines et les métrorragies, la fièvre chez la femme enceinte est un des motifs de consultation en urgence les plus fréquents des femmes enceintes. La recherche d'une infection bactérienne est au centre de la démarche diagnostique. Bien souvent, aucune orientation étiologique n'est retrouvée, mais les patientes doivent être traitées par excès en raison des potentielles répercussions obstétricales.

Démarche diagnostique

1. L'interrogatoire

Il est essentiel :

- antécédents médico-chirurgicaux, événements lors des éventuelles grossesses précédentes (prématurité, infection materno-fœtale), infections urinaires, diabète ;
- déroulement de la grossesse actuelle, une insertion basse du placenta, sérologies, notion de voyage récent, de contagion ;
- caractéristiques de la fièvre : date d'apparition, mode d'installation, évolution, thérapeutiques entreprises ;
- contexte : contractions, métrorragies, diminution des mouvements actifs fœtaux, écoulement de liquide ;
- signes d'appel : signes fonctionnels urinaires, douleurs abdomino-pelviennes, syndrome grippal.

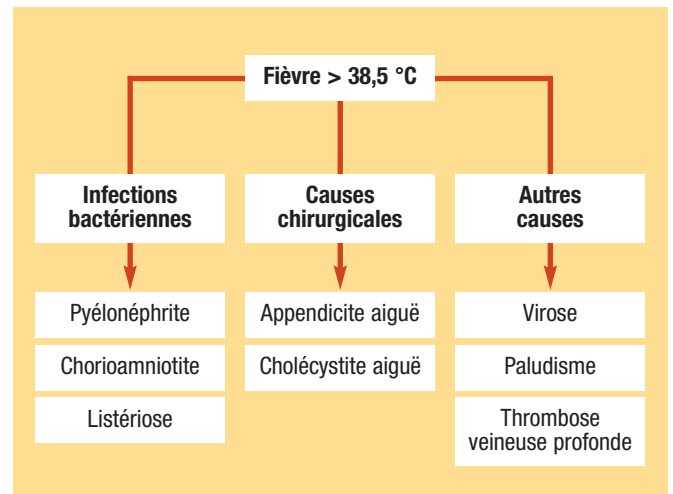


FIGURE 3 Recherche étiologique en cas de fièvre chez la femme enceinte.

2. L'examen clinique

Il doit être complet selon l'orientation :

- confirmation de la fièvre supérieure à 38 °C par une mesure par voie rectale dans une pièce à température normale ;
- examen général : pression artérielle, fréquence cardiaque, poursuivi par un examen général, en particulier inspection des téguments, palpation des aires ganglionnaires, palpation abdominale et des fosses lombaires. Sur signes d'appel, il est réalisé un examen cardio-pulmonaire complet et un examen ORL ;
- examen obstétrical : il débute par une palpation utérine à la recherche de contractions, une auscultation des bruits du cœur fœtaux (à partir de 3 mois). L'examen au spéculum recherche un écoulement de liquide amniotique, une protrusion de la poche des eaux, des leucorrhées et des lésions cutanéo-muqueuses de la filière génitale. Le toucher vaginal recherche des modifications cervicales.

3. Examens complémentaires

Ce sont :

- la bandelette urinaire ainsi qu'un examen cytotabériologique des urines ;
- le prélèvement vaginal à visée bactériologique, et selon l'orientation, une recherche biochimique d'une rupture prématurée des membranes ;
- les examens sanguins : numération, à la recherche d'une hyperleucocytose, dosage de protéine C-réactive, à visée de surveillance évolutive et hémocultures avec recherche de *Listeria monocytogenes* ;
- l'échographie obstétricale ; elle évalue le bien-être fœtal : mouvements actifs, quantité de liquide amniotique ;
- à partir de 25 semaines d'aménorrhée environ, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal à la recherche d'un éventuel retentissement sur le fœtus (tachycardie fœtale).

Diagnostic et traitement de la cause (fig. 3)

Les infections bactériennes doivent être particulièrement recherchées en raison de leurs conséquences materno-fœtales possibles.

1. Chorioamniotite

C'est une infection ascendante de la cavité ovulaire (placenta, membranes, liquide), favorisée la plupart du temps par une rupture de la poche des eaux. L'infection touche souvent le fœtus. Le germe le plus pathogène pour l'enfant est le streptocoque B (suivi de *Escherichia coli*). Il s'agit donc d'une indication d'arrêt de la grossesse (déclenchement ou césarienne).

2. Pyélonéphrite aiguë

Cause fréquente de fièvre chez la femme enceinte, son traitement étiologique est démarré par voie intraveineuse par une double antibiothérapie associant une céphalosporine de 3^e génération de type ceftriaxone à un aminoside durant les 48 premières heures. Un relais avec une céphalosporine per os est réalisé au bout de 48 heures d'apyrexie et poursuivi pendant 10 jours. Un examen cytotactériologique des urines est réalisé en fin de traitement pour vérifier la guérison, et est contrôlé tous les mois jusqu'à l'accouchement.

3. Listériose

Rare (une cinquantaine de cas par an en France, déclaration obligatoire), mais grave, elle justifie une attitude systématique. Elle débute par un syndrome pseudo-grippal banal. Le diagnostic est souvent différé puisqu'il se fait sur la positivité des hémocultures répétées. La listériose provoque une septicémie d'origine

hématogène mettant en péril la poursuite de la grossesse : prématurité, septicémie néo-natale, voire mort périnatale. L'antibiothérapie par amoxicilline est efficace. Elle doit être à forte dose par voie intraveineuse, accompagnée d'un aminoside si le tableau paraît sévère. *Listeria monocytogenes* présente une résistance naturelle aux céphalosporines de 3^e génération, empêchant l'utilisation de celles-ci. En cas d'allergie authentifiée à la pénicilline, on peut utiliser le cotrimoxazole.

4. Pathologies chirurgicales

Elles se traduisent souvent par des signes d'appel cliniques.

Le diagnostic d'appendicite est néanmoins délicat : douleur haut située car le cæcum est refoulé vers le haut par l'utérus selon le terme. Le diagnostic se fait au besoin par une échographie abdominale et/ou une tomodensitométrie abdomino-pelvienne sans injection.

La cholécystite est de diagnostic plus aisé, devant une douleur de l'hypochondre droit (signe de Murphy) et les signes échographiques classiques.

5. Pathologies virales

Ce sont les principales causes, le plus souvent non spécifiques, parfois dues à un virus pouvant retentir sur la grossesse : grippe, hépatites virales, rubéole, parvovirus B19, varicelle, cytomégalovirus.

6. Parasitoses

Il s'agit essentiellement du paludisme d'importation ; à noter que la séroconversion de toxoplasmose (souvent asymptomatique) ne se caractérise pas par une fièvre, même s'il peut y avoir une petite hyperthermie.

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

La fièvre chez une femme enceinte peut se retrouver dans de nombreux dossiers transversaux, notamment de menace d'accouchement prématuré. La notion de prévention des complications est importante. Ne pas oublier que le retentissement peut être maternel, obstétrical (accouchement prématuré) et/ou fœtal (transmission du germe).

Cas clinique

Une femme enceinte de 31 semaines d'aménorrhée consulte pour une fièvre à 39 °C, associée à des frissons et à des contractions utérines. Il n'y a pas d'écoulement de liquide. Il existe une douleur provoquée dans la fosse lombaire droite. La présentation est céphalique basse, et le col est intermédiaire, court, perméable jusqu'à l'orifice interne. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal est normal.

QUESTION N° 1

Selon vous, quelle complication de la grossesse peut-on affirmer

avec certitude en se basant uniquement les éléments fournis par la patiente ?

QUESTION N° 2

Quelle est l'origine la plus probable de la fièvre et quel est l'examen permettant de l'affirmer en quelques instants ?

QUESTION N° 3

Quels examens paracliniques faut-il faire en urgence et qu'attendez-vous de chacun ?



Retrouvez toutes les réponses et les commentaires sur www.larevuedupraticien.fr onglet ECN

OK

Fièvre durant la grossesse

POINTS FORTS À RETENIR

- ➊ En l'absence de point d'appel évident, la première étiologie à rechercher est la pyélonéphrite, favorisée par la grossesse.
- ➋ La listériose, rare mais grave, justifie l'hémoculture et l'antibiothérapie systématique par amoxicilline en attente du résultat.
- ➌ La chorioamniotite survient généralement dans un contexte de rupture prématurée des membranes.
- ➍ Le rythme cardiaque fœtal est un élément important de surveillance (« thermomètre » du fœtus).

7. La thrombose veineuse profonde

Elle est fréquente chez la femme enceinte.

8. Toute infection intercurrente

Une infection ORL, pulmonaire... peut survenir ; elle n'est pas spécifique à la grossesse.

9. Recherche négative

Malgré les différents bilans et les recherches bactériologiques, 40 % des fièvres de la femme enceinte n'auront aucune orientation étiologique.

Conséquences obstétricales

La fièvre est généralement bien tolérée par la mère et par le fœtus.

Plus rarement, une fièvre élevée peut entraîner des conséquences obstétricales : fausse couche spontanée du premier trimestre ou accouchement prématuré plus tard, du fait des contractions utérines induites par la fièvre même isolée.

Le plus souvent, les conséquences résultent de la cause de la fièvre : péritonite, infection fœtale, sepsis materno-fœtal en cas de listériose ou de chorio-amniotite.

Traitement

Lorsqu'on connaît l'origine, la thérapeutique est celle de la pathologie : chirurgie abdominale, antibiothérapie spécifique, traitement d'un paludisme, arrêt de la grossesse en cas de chorio-amniotite.

En l'absence d'étiologie évidente, la prise en charge est probabiliste.

L'hospitalisation n'est pas systématique. Une fois réalisés les examens complémentaires, la patiente retourne au domicile avec une prescription d'antibiothérapie orale et de paracétamol et des consignes d'autosurveillance.

L'hospitalisation est indiquée en cas de mauvaise tolérance maternelle ou fœtale, d'étiologie à risque de complications, de menace d'accouchement prématuré associée.

Le traitement comporte 2 volets :

- traitement symptomatique : réhydratation et antipyrétiques de type paracétamol, tocolyse en cas de menace d'accouchement prématuré ;
- antibiothérapie probabiliste, le plus souvent l'amoxicilline. À cause des conséquences graves d'une listériose, il est recommandé de commencer un traitement par amoxicilline chez toute femme enceinte fébrile, en l'absence d'orientation étiologique claire. La voie d'administration dépend du tableau clinique. En cas d'allergie connue, un macrolide est généralement utilisé (à discuter en cas de forte suspicion de listériose). L'antibiothérapie est adaptée secondairement en fonction de l'étiologie et de l'antibiogramme.

Prévention

La prévention des infections urinaires hautes repose sur l'hygiène, la diurèse et le dépistage des bactériuries asymptomatiques à colibacille, à traiter par nitrofurantoïnes.

La prévention de la listériose repose sur l'arrêt de la consommation d'aliments non pasteurisés (fromage crus, charcuterie artisanale et poissons fumés), l'hygiène en cuisine (nettoyage des ustensiles et du réfrigérateur).

La prévention des chorioamniotites rejoint la prévention de la menace d'accouchement prématuré. •

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

POUR EN SAVOIR +

Tournaire M. Complications gravidiques. Rev Prat 2010;60(6):823-6.

Doret M, Gaucherand P. Comment dépister une grossesse à risque ? Rev Prat 2009 ;59(10):1405-22.

Recommandations HAS* et CNGOF**

HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (2007).

HAS. Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel (2005).

HAS. Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néo-natal précoce (2001).

CNGOF, SFAR, SFMP, SFNN. Prééclampsie. Prise en charge multidisciplinaire des formes graves (2009).

CNGOF et Alfediam. Diabète et grossesse (1996).

CNGOF. Rupture prématurée des membranes (1999).

CNGOF. Accouchement prématuré à membranes intactes (2002).

* HAS (Haute Autorité de santé) : <http://www.has-sante.fr>

** CNGOF (Collège national des gynécologues-obstétriciens français) : <http://www.cngof.asso.fr/>